

Dr. Dörthe Betzenberger
Dr. Azita Moshtaghy
Kieferorthopädinnen

Datum : _____

Patient(in): _____ geb.: _____

Anschrift des Patienten: _____ **Tel.:** _____

Versicherte(r): _____ geb.: _____
(= Name Mutter oder Vater / NICHT KRANKENKASSE!)

Anschrift des Versicherten: _____

Geburtsort vom Kind: _____ **E-Mail:** _____

AKTUELLER BEHANDELNDER ZAHNARZT: _____

Sehr geehrte(r) Patient(in), bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Bestehen Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten? ja nein

ja, gegen.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

ja, gegen.....

Leiden Sie an einer ansteckenden oder sonstigen Krankheit? ja nein

ja, an.....

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kieferbereich geröntgt? ja nein

ja, bei Dr. Monat.....Jahr.....

Für Patientinnen: Liegt eine Schwangerschaft vor? nein ja eventuell

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten oder behandelt? ja nein

ja, bei Dr.

Gab es Unfälle im Kieferbereich? ja nein

ja,.....

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument (z.B. Klarinette)? ja nein

ja,

Besteht für Sie oder Ihr Kind eine Zusatzversicherung für die Kieferorthopädie? ja nein

Liegen oder lagen folgende Gewohnheiten vor: Fingerlutschen Schnullerlutschen
 Zähneknirschen Schlafen mit offenem Mund

Mit der Anfertigung von Röntgenunterlagen zur Erstellung einer kieferorthopädischen Diagnose bin ich einverstanden.

Ich wurde darüber unterrichtet, dass die Patienteninformation zum Datenschutz im Wartezimmer zur Mitnahme ausliegt und auf der Homepage www.kfo-kaltenkirchen.de nachlesbar ist.

Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten: